FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1911-1912 N° 14 — 966

DE

# L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

## SYSTÉMATIQUE

DANS LE

## Traitement du Cancer du côlon sigmoïde

---

# THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Février 1912*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

**Marie-Jean-Baptiste-Maurice DROUOT**

*Né à Jolivet (M.-et-M.), le 24 octobre 1887.*

---

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EXAMINATEURS DE LA THÈSE | MM WEISS | professeur... | | *Président.* |
| | SCHMITT | professeur... | | |
| | SENCERT | agrégé..... | | *Juges.* |
| | PERRIN | agrégé..... | | |

**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.**

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1911-1912 N° 14 — 966

DE

# L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

## SYSTÉMATIQUE

DANS LE

## Traitement du Cancer du côlon sigmoïde

---

# THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Février 1912*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

**Marie-Jean-Baptiste-Maurice DROUOT**
*Né à Jolivet (M.-et-M.), le 24 octobre 1887.*

ACAD. LORRAINE DE MÉD.

---

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM | WEISS | professeur... | *Président.* |
| | SCHMITT | professeur... | *Juges.* |
| | SENCERT | agrégé..... | |
| | PERRIN | agrégé..... | |

**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.**

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1912

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

*Doyen :* M. GROSS, O ✲, I ✪.
*Assesseur :* M. WEISS, ✲, I ✪.
*Professeurs honoraires :* MM. BEAUNIS, ✲, ✪, NICOLAS, I ✪, PRENANT, I ✪, BERNHEIM, O ✲, I ✪.

*Professeurs.*

| | |
|---|---|
| Clinique chirurgicale | M. GROSS, O ✲, I ✪. |
| Physique médicale | M. CHARPENTIER ✲, I ✪. |
| Médecine opératoire | M. CHRÉTIEN, I ✪ |
| Clinique chirurgicale | M. WEISS ✲, I ✪. |
| Chimie médicale et toxicologie | M. GARNIER, I ✪. |
| Clinique médicale | M. SPILLMANN, I ✪. |
| Clinique obstétricale et Accouchements | M. A. HERRGOTT ✲, I ✪. |
| Hygiène | M. MACÉ, I ✪. |
| Clinique médicale | M. SCHMITT, I ✪. |
| Physiologie | M. MEYER, ✲, I ✪. |
| Pathologie gén. et Pathologie interne. | M. SIMON, I ✪ |
| Histoire naturelle médicale | M. VUILLEMIN, I ✪. |
| Clinique ophtalmologique | M. ROHMER, I ✪. |
| Médecine légale | M. PARISOT, I ✪. |
| Clinique des maladies des enfants | M. HAUSHALTER, I ✪. |
| Histologie | M. BOUIN, I ✪. |
| Anatomie descriptive | M. ANGEL, A ✪. |
| Anatomie pathologique | M. HOCHE, I ✪. |

*Professeurs-adjoints.*

| | |
|---|---|
| Clinique d'électrothérapie (1) | M. GUILLOZ, ✲, I ✪. |
| Pathologie externe | M. VAUTRIN, I ✪. |

*Chargés de Cours complémentaires.*

| | |
|---|---|
| Clinique des maladies des vieillards | M. ETIENNE, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées | M. L. SPILLMANN, A ✪, agrégé libre. |
| Accouchements | M. SCHUHL, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique d'orthopédie (1) | M. FRŒLICH, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1) | M. JACQUES, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique des voies urinaires (1) | M. ANDRÉ, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique des maladies mentales | M. PARIS, I ✪ |
| Cours de médecine opératoire | M. MICHEL, I ✪, agrégé. |
| Thérapeutique et Matière médicale | M. ZILGIEN, I ✪, ag. lib., ch. du cours |

### Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✲, I ✪.
LAMBERT, I ✪.
RICHON, A ✪.
G. GROSS, A ✪.
FRUHINSHOLZ, A ✪.

MM. COLLIN, A ✪.
DUFOUR, A ✪.
SENCERT, A ✪.
ROBERT, A ✪.

MM. BUSQUET.
LUCIEN, A ✪.
BINET.
PERRIN, A ✪.

### Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, O ✲, I ✪, ETIENNE, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪, MICHEL, I ✪, L. SPILLMANN, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✲, Ⓜ, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MA TANTE

*Témoignage d'affection et de reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

# AVANT-PROPOS

« J'ai faict seulement icy un amas de fleurs étrangères, n'y ayant fourni du mien que le mince filet à les lier. »

MONTAIGNE.

Le cancer recto-sigmoïde est une affection fréquente ; son seul traitement chirurgical présente chez la femme des difficultés particulières, de par la présence de l'utérus et des annexes. Suivant le conseil de M. le professeur agrégé Sencert, nous avons fait du traitement du cancer recto-sigmoïde chez la femme, le sujet de cette étude.

L'examen quotidien d'une malade, l'observation attentive de tous les symptômes nous ont permis de préciser certains détails, aidant au diagnostic. Nous avons réuni et relié les précédentes observations afin de démontrer la nécessité de l'hystérectomie abdomi-

nale totale dans le traitement radical du cancer recto-sigmoïde.

Avant de quitter la Faculté de Médecine de Nancy, c'est pour nous un devoir d'exprimer notre reconnaissance envers nos maîtres de la Faculté et de les assurer de notre profonde gratitude.

A M. le professeur agrégé Sencert, nous devons beaucoup, et nous garderons un reconnaissant souvenir de son grand dévouement dans les heures douloureuses ; nous nous souviendrons aussi de ses conseils et de son enseignement pratique à la salle de consultation.

M. le professeur Weiss nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous lui en exprimons nos sincères remerciements.

A M. le professeur Bernheim, nous devons nos premières connaissances médicales, nous le remercions très sincèrement.

Nous avons suivi dès son début et avec grand profit, l'enseignement clinique de M. le professeur Schmitt, nous lui exprimons toute notre reconnaissance.

Nous remercions vivement M. le professeur agrégé Perrin pour la bienveillance et la sympathie qu'il nous a souvent témoignées.

Nous garderons le meilleur souvenir des intéressantes conférences de M. le professeur Herrgott et nous efforcerons de suivre ses conseils.

Nous assurons de nos sentiments dévoués MM. les professeurs Haushalter, Frœlich, Fruhinsholz, L. Spillmann, J. Parisot.

Enfin, en quittant la Faculté, nous assurons de notre inaltérable amitié, Georges Matherat qui fut toujours affectueusement dévoué durant les heures mauvaises ; le docteur Marcel Garçot, qui malgré ennuis et maladie sut toujours apporter de la joie et du rire dans nos causeries journalières....., l'ingénieur Pol Domange....., nous les quittons avec une peine qu'atténue le désir de les revoir souvent.

## CHAPITRE PREMIER

### Notions anatomiques

La situation du côlon sigmoïde dans la fosse iliaque interne du côté gauche et dans la partie supérieure du bassin rend difficile sa perception par la palpation abdominale. L'exploration par le toucher vaginal et le toucher abdomino-rectal, la recto-sigmoïdoscopie, la radiographie, après lavement bismuthé, permettront un diagnostic relativement précoce des tumeurs de ce segment intestinal.

Chez la femme, les rapports du côlon sigmoïde avec l'utérus et les annexes ont une grande importance. La propagation de la lésion à ces organes voisins, la présence d'adhérences provoquant la confusion dans les symptômes, la délimitation et l'exclusion de la tumeur rendue impossible par la présence

de l'utérus rendent nécessaire l'hystérectomie abdominale totale lors du traitement radical du cancer du côlon sigmoïde.

Nous rappellerons l'anatomie de cette région en précisant les détails les plus importants : l'excavation pelvienne, revêtue sur ses parois latérales par le péritoine, se trouve divisée en deux loges par la cloison tansversale utéro-ligamenteuse : une loge antérieure au cavum pré-utérin, occupée par la vessie, une loge postérieure ou cavum rétro-utérin, occupée par le côlon pelvien et le rectum. La paroi antérieure de cette loge postérieure est formée par l'utérus, relié aux parois latérales de l'excavation par les ligaments larges, replis péritonéaux s'adossant l'un à l'autre, soulevés par place par trois organes, sous forme d'ailerons : l'aileron antérieur occupé par le ligament rond, l'aileron supérieur, renfermant la trompe de Fallope et l'aileron postérieur, répondant à l'ovaire. Ces ligaments renferment les artères ovarienne et utérine, les plexus veineux ovarien et utérin, des lymphatiques, et enfin l'uretère qui traverse obliquement leur base.

Le cavum rétro-utérin contient la partie inférieure du côlon pelvien qui descend jusqu'à la troisième vertèbre sacrée.

Le côlon sigmoïde, seule partie qui nous intéresse, comprend donc : un segment iliaque qui commence à

la crête iliaque gauche, présente une portion descendante et une transversale ; un segment pelvien, présentant d'abord une anse à concavité dirigée en haut, s'étendant du bord gauche du bassin à la symphyse sacro-iliaque droite, puis une partie oblique en bas et en dedans et se continuant avec le rectum, au niveau de la partie médiane de la troisième vertèbre sacrée. Contrairement à l'opinion ancienne, les recherches de Luschka, Trèves, Jonnesco, établissent que la plus grande partie du côlon sigmoïde occupe l'excavation pelvienne.

Le péritoine formant la partie postérieure des ligaments larges et ayant tapissé la partie postérieure de l'utérus vient s'appliquer contre les parois antérieure et latérales du rectum, donnant à ce niveau les replis ou ligaments utéro-sacrés ; au niveau de la troisième vertèbre sacrée, il passe à la partie postérieure du côlon pelvien, s'adosse à lui-même, engaine le segment, formant un large repli ou mésocôlon sigmoïde.

Très court à son origine, le mésocôlon s'allonge, atteint son maximum à la partie moyenne de l'anse sigmoïde, puis il se raccourcit de nouveau, se termine en dehors de l'artère iliaque externe gauche, tapissant simplement en avant et latéralement la partie supérieure du côlon sigmoïde et se continuant de même sur le côlon ascendant.

En retournant en haut l'anse pelvienne et son méso, on aperçoit au sommet de ce méso, sur le bord interne du psoas gauche, un orifice circulaire, conduisant dans une cavité en entonnoir, la fossette intersigmoïde située entre le mésocôlon et la paroi adbominale. Au-dessous de l'orifice d'entrée, se trouve l'iliaque primitive, au-dessus l'artère hémorrhoïdale supérieure et les trois artères sigmoïdes.

« De l'anatomie et de la physiologie de l'S iliaque, écrit Teirlink, il faut surtout retenir sa direction contournée, sa grande mobilité relativement aux autres parties du gros intestin, et la structure de sa muqueuse, se rapprochant un peu de celle de l'estomac, enfin, ses fonctions principales, consistant dans la soustraction de l'eau aux matières fécales accumulées. Il est clair que toutes ces conditions doivent particulièrement disposer l'S iliaque à devenir malade, en favorisant la stagnation des matières, l'inflammation de la muqueuse et les déplacements. »

Les dispositions anatomiques nous pemettent de comprendre que des lésions hypertrophiques de la portion pelvienne du côlon sigmoïde compriment en arrière les branches du plexus lombaire, refoulent en avant l'utérus et les trompes ; le péritoine peut être atteint par propagation néoplasique, plus souvent il réagira à l'infection par inflammation, péritonite localisée, formation d'adhérences, reliant la tumeur

aux annexes gauches et à l'utérus, la lésion évoluant lentement et le diagnostic étant souvent tardif.

Nous concluons donc à la nécessité de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer du côlon sigmoïde :

1° Dans tous les cas où des adhérences unissent la tumeur au ligament large gauche et à l'utérus ;

2° Dans tous les cas où la tumeur siège sur la partie pelvienne du côlon sigmoïde et haut rectum, lors même qu'il n'existe pas d'adhérences ; la présence de l'utérus et des annexes gêne l'exploration et la délimitation de la tumeur, rend extrêmement difficile l'intervention, d'autant plus que le mésocôlon sigmoïde, très court à sa partie inférieure, ne permet pas de soulever la tumeur, de l'extérioriser en l'élevant dans la cavité abdominale.

D'autre part, l'hystérectomie permettra de ménager un grand lambeau péritonéal, nécessaire pour assurer la continuité de cette séreuse et afin d'isoler et de protéger la suture intestinale.

## CHAPITRE II

### Symptômes du cancer du côlon sigmoïde

Tumeur à lente évolution, le cancer du côlon sigmoïde, durant les débuts de l'affection, ne donne que des signes vagues : une douleur intermittente dans la fosse iliaque gauche, de la constipation, des troubles dyspeptiques d'origine réflexe.

L'état général reste bon en apparence, ce n'est qu'à une période avancée de l'affection qu'apparaît un amaigrissement progressif, sans que cependant la couleur des téguments ne change. Rarement et par périodes passagères, on remarque la coloration jaune paille caractéristique.

A une période plus avancée, la tumeur se traduit par :

Une douleur violente, intermittente, localisée dans la fosse iliaque gauche, exagérée par la pression et

la marche, calmée par le repos et la position horizontale. Cette douleur s'irradie dans la fosse iliaque externe, se propage vers le triangle de Scarpa et la face antérieure de la cuisse, pouvant égarer vers le diagnostic de salpingite ;

De la constipation, résultant des altérations de forme, de calibre, de direction de l'intestin malade, exagérée encore par l'usage abusif des lavements.

La rétention des matières fécales n'est jamais complète, même dans la période terminale, mais c'est après des efforts inouïs que la malade n'expulse que quelques parcelles de matières déchiquetées, rubanées ;

Ensuite, des selles liquides partent parfois par fusées après évacuation prolongée de gaz fétides, donnant au malade la sensation d'une poche qui se vide.

A une période plus avancée du cancer, aux produits normaux de la défécation, se mêlent un liquide séreux, sanieux, puriforme, glaireux, des détritus et débris de cancer ; les selles, dès lors, prennent l'odeur fétide caractéristique du cancer.

A la défécation volontaire fait suite une période où la sanie, les glaires, le sang et même les matières sortent involontairement, c'est généralement la période d'ulcération du néoplasme. Les douleurs atteignent leur maximum de violence dans la fosse iliaque gau-

che, à la face antérieure de la cuisse, sur le trajet du sciatique ; l'injection rectale sous faible pression fait pousser des cris aux malades. Chloral et morphine deviennent impuissants à calmer ces douleurs.

Dans de nombreux cas, on note la présence d'adénite inguinale.

## CHAPITRE III

### Diagnostic du cancer du côlon sigmoïde

La palpation abdomino pelvienne, même pratiquée sur un plan incliné à 45° ne nous donne aucun résultat ; dans quelques cas, elle aurait permis de saisir la tumeur, du moins, elle provoque une douleur vive dont le siège constitue une indication.

La percussion ne donne aucun résultat.

Le toucher vaginal permet dans nombre de cas de constater que la paroi vaginale postérieure proémine en avant, poussée par la tumeur ; cette exploration permet de plus d'examiner l'état de la trompe gauche, sa mobilité, constater s'il existe ou non des adhérences avec la tumeur ; enfin, s'il ne s'agit pas simplement de salpingite.

Le toucher rectal seul offre de grandes difficultés et donne peu de résultats. Associé à la palpation abdomino-pelvienne, il permet de reconnaître et de délimiter la tumeur.

Pour en retirer tous les avantages, le chirurgien doit prendre plusieurs positions et varier celles de la malade. Celle-ci pourra être couchée sur le dos ou prendre la position génu-pectorale, ou encore, il sera debout devant le bord du lit sur lequel il se penchera en tournant le dos au chirurgien. Le chirurgien, placé derrière, introduira le plus profondément possible le doigt dans le rectum, en le dirigeant à gauche et en invitant le malade à pousser. Amussat conseillait de faire pousser en haut par un aide, le coude correspondant à la main exploratrice, de façon à repousser en haut le périnée. On y combine des pressions méthodiquement faites sur l'abdomen par la main libre qui refoule en bas les organes pelviens. Le doigt explorateur peut arriver au contact de l'extrémité inférieure de la tumeur, en explorer les contours, percevoir un rétrécissement, tandis que la main permet d'apprécier la hauteur du segment cancéreux. Simon, de Heidelberg, après anesthésie, recommande l'exploration avec la main entière, introduite dans le rectum ; procédé dangereux pouvant déterminer la rupture de ces tissus à nutrition altérée.

## Recto-sigmoïdoscopie

(Tiré de l'article de M. Georges Luys).

La recto-sigmoïdoscopie est une méthode d'exploration qui permet dans de nombreux cas, la confirmation du diagnostic de cancer recto-sigmoïde.

Employée par Kelly, en 1895, puis par Quénu, Duval, Schreiber, Strauss, Hartmann, elle est devenue un procédé courant d'examen.

Les instruments destinés à explorer le rectum et le côlon pelvien se divisent en deux catégories :

1° Les rectoscopes à lumière externe ;

2° Les rectoscopes à lumière interne.

Parmi les rectoscopes à lumière externe, le principal est le

*Procto-sigmoïdoscope de Kelly.* — Il est composé de tubes cylindriques de différentes longueurs, 5, 15, 20, 30 centimètres qui sont terminés du côté extérieur par un entonnoir évasé. Les tubes sont introduits au moyen d'un mandrin, formé d'un embout court, rond et mousse. L'éclairage est fourni par une lampe extérieure.

*Le procto-rectoscope du Dr Foges* permet de déplisser les parois du rectum au moyen de l'insufflation d'air.

Les principaux rectoscopes à lumière interne sont :

*Le spéculum rectal de von Ott ;*

*Le recto-romanoscope de Strauss,* qui permet l'insufflation de l'air dans le rectum. Il se compose d'un tube de 30 centimètres de long, large de 2 centimètres, gradué.

Le tube présente une pièce munie d'une tubulure latérale destinée à l'insufflation. Une petite lampe portée par une longue tige fournit l'éclairage.

*Le proctoscope de Lion et Bensaude,* ressemblant au précédent, mais où la lampe portée par sa longue tige à l'extrémité du tube se trouve placée dans un étroit conduit de la paroi du tube.

### Le rectoscope de Luys

« Tubes de longueur variable, 18 centimètres pour le rectum, 30 centimètres lorsqu'il s'agit de l'exploration du côlon descendant.

Dans la paroi inférieure du tube et sur toute sa longueur, se trouve un petit conduit spécial qui s'ouvre par un œil situé à un demi-centimètre de l'extrémité du tube ; du côté externe il aboutit à une double canalisation commandée par deux robinets : l'un de ces robinets communique par un tube en caoutchouc avec un récipient dans lequel on a fait

le vide, l'autre robinet est en communication avec une soufflerie par laquelle on peut introduire de l'air das le gros intestin. Le même conduit peut donc servir à aspirer les liquides et à insuffler de l'air.

L'éclairage électrique, par une lampe électrique, minuscule, froide, montée sur une longue tige fixée au manche du rectoscope.

Le manche du rectoscope porte une loupe grossissante démontable, engainée dans un cadre mobile dont le foyer correspond à la longueur de l'instrument. Un petit couvercle muni d'une glace obture complètement à volonté l'orifice externe du tube rectoscopique, de manière à permettre l'insufflation de l'air.

*Avantages.* — Nettoyage facile et immédiat de la muqueuse rectale.

### Technique de la rectoscopie

Le malade sera purgé la veille de l'examen. Lavement évacuateur quelques heures avant.

Anesthésie locale par l'introduction dans l'anus d'un tampon d'ouate, imbibé avec quelques gouttes d'une solution de stovaïne à 10 pour 100.

La malade sera placée en position très inclinée de façon à réaliser la position élevée du bassin. Le tube

rectoscopique stérilisé et muni de son mandrin est présenté à l'anus et doucement introduit. Le mandrin est ensuite retiré. Si l'on dispose du rectoscope de Luys, on projette à ce moment une grande quantité d'eau tiède dans le rectum ; l'eau de lavage est reprise par aspiration. La lampe est introduite et sa tige fixée. Aussitôt le contact établi, la muqueuse se trouve parfaitement éclairée.

L'opérateur peut alors déterminer le siège exact, le volume de la tumeur ; prélever des fragments de tumeur pour en déterminer la nature histologique.

---

La radioscopie, après ingestion d'un lait de bismuth, le malade étant couché, permettra d'étudier la progression du liquide et les arrêts pathologiques. Enfin, la radiographie, après lavement bismuthé, permettra dans certains cas de préciser le siège du rétrécissement cancéreux sigmoïdien.

---

## CHAPITRE IV

### Traitement du cancer du côlon sigmoïde

Le seul traitement médical symptomatique opposé au cancer sigmoïde, affection mal connue, non isolée du groupe des occlusions intestinales, fit place au XVII[e] siècle à un traitement chirurgical palliatif.

Dans les cas d'obstruction par cancer de la région sigmoïde, révélés par les signes d'occlusion, on pratiqua l'anus contre nature de Littre. L'audacieuse intervention de Reybard, en 1843, ne fut suivie d'aucune autre ; le succès avait couronné la tentative, mais les expériences faites par Reybard sur six chiens se terminèrent par la mort ; il fut décrété que la réunion directe et immédiate de deux bouts du gros intestin était impossible. Il faut arriver à Thiersch, en 1875, pour assister à une nouvelle tentative d'entérectomie suivie d'ailleurs d'insuccès.

Vers 1880, Gussenbauer, Czerny, font des entérectomies en Allemagne.

Dans une période moins lointaine, Guyon, de Bovis, Schlosser, pratiquent l'entérectomie dans les cancers sigmoïdiens.

Dans ces dernières années, Duval, Cavaillon, Paxier et les chirurgiens contemporains, publient des observations relatives au traitement radical du cancer sigmoïde.

M. Goullioud, de Lyon, en ce qui concerne la médecine opératoire de l'S iliaque, insiste sur la nécessité de faire de très larges résections intestinales, non seulement dans le but de dépasser les limites du mal, mais aussi pour pouvoir tailler un large lambeau triangulaire dans le mésocôlon, et enlever ainsi les ganglions de première ligne.

Dans les cas de cancer de l'S iliaque, chez la femme, la majorité des chirurgiens insiste sur la difficulté opératoire, résultant de la présence des organes utéro-annexiels et de leurs fréquentes adhérences avec la tumeur. Quelquefois, le décollement est possible, l'entérectomie est difficile, mais possible, tout en ménageant l'utérus.

Plus souvent, l'hystérectomie devient nécessaire pour la délimitation et l'extirpation du néoplasme ; cette nécessité est démontrée par l'observation de Schloffer, que nous signalons ici :

Schloffer. — *Carcinome de l'anse sigmoïde. — Colostomie gauche. — Résection secondaire et hystérectomie. — Guérison.*

Femme de 45 ans. Début assez brusque. Diagnostic : sténose de la portion terminale du gros intestin. Le 20 août 1901. Laparotomie, tumeur de l'S iliaque grosse comme une pomme, adhérant à l'utérus, mais tous deux sont mobiles en bloc. Laparotomie gauche et tube de drainage intestinal. Petits incidents post-opératoires. Le 9 novembre 1901, hystérectomie supra-vaginale et résection de 14 centimètres d'anse sigmoïde. Suture bout à bout au Murphy renforcé de sutures. L'anus est maintenu et drainé de même. Accidents d'occlusion bénigne, causés par le bouton. Persistance d'une fistule stercorale au niveau de l'anus, mais que la malade ne tient pas à faire fermer.

L'opération en un temps, sans établissement préalable d'un anus iliaque tend à être délaissée. Dangereuse, elle ne permet pas la dérivation des matières qui viendront aussitôt souiller et infecter la suture intestinale.

La méthode en plusieurs temps permet l'opération dans des cas plus avancés, donne des succès incontestablement plus nombreux. La statistique de M. Paul Cavaillon l'établit :

**Entérectomie S iliaque.**

*A froid.*

| En un temps : | En plusieurs temps : |
|---|---|
| 23 cas { 11 morts, 12 guérisons. | 7 cas { 2 morts, 5 guérisons. |
| Morts : 47,8 0/0. | Morts : 29 0/0. |

*En période aigue.*

| En un temps : | En plusieurs temps : |
|---|---|
| 8 cas { 5 morts. 3 guérisons. | 19 cas { 6 morts, 13 guérisons. |
| Morts : 62 0/0. | Morts : 37 0/0. |

Indépendamment des cas où il existe des adhérences entre l'utérus et la tumeur, M. Tixier, de Lyon, préconise l'hystérectomie abdominale totale systématique dans tous les cancers du côlon sigmoïde et du haut rectum.

Cette méthode permet l'opération à ciel ouvert, permet la délimitation inférieure de la tumeur, facilite les manœuvres opératoires au niveau de la cavité pelvienne et permet, enfin, de ménager un large lambeau péritonéal.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer quelques observations :

Tixier. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon* (21 novembre 1907). — *Cancer sténosant du haut rectum. — Hystérectomie abdominale totale permettant l'entérectomie et l'entérorraphie circulaire. — Rétablissement des fonctions intestinales normales. — Guérison.*

Je vous présente cette malade dont la bonne mine et l'état actuel très satisfaisant contrastent avec la gravité de l'affection pour laquelle j'ai dû lui faire subir, il y a six mois, la redoutable intervention dont je vais vous rapporter les détails.

Il s'agissait d'une femme de 58 ans, reçue le 5 juin 1907 dans le service de M. le professeur Pollosson que j'avais alors l'honneur de suppléer. Elle était venue à l'hôpital pour des troubles intestinaux progressifs ; depuis un an, elle souffrait d'une constipation opiniâtre parfois entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Elle avait constaté des glaires et même du sang dans ses selles. Une douleur lancinante attirait l'attention vers la fosse iliaque gauche. Cependant, une exploration attentive et plusieurs fois répétée n'avait pas permis de percevoir la moindre tuméfaction à ce niveau. De même, le toucher rectal, poussé aussi haut que possible, n'avait révélé aucune tumeur. Par le toucher vaginal, les organes pelviens paraissaient sains.

L'histoire clinique de la malade, l'amaigrissement considérable qu'elle accusait permettaient d'affirmer l'existence d'un cancer du gros intestin. A cause de la douleur à gauche, de la dilatation certaine du cæcum, on pouvait présumer qu'il siégeait à gauche sur le côlon ou sur le haut rectum.

Malgré l'âge de la malade (58 ans), malgré la présence de l'albumine dans les urines, je me décidai pour une intervention radicale.

Je l'exécutai le 15 juin. Grande laparotomie médiane en position inversée. Large valve sous-pubienne de Doyen. Je constate que l'S iliaque est très dilaté et qu'une tumeur dure, sténosante, existe dans le pelvis, à l'union du côlon et du rectum.

Immédiatement, *hystérectomie abdominale totale* avec ablation des ovaires, dont le gauche est adhérent à la tumeur. J'ai soin de conserver un grand lambeau péritonéal antérieur, dont vous reconnaîtrez dans un instant l'utilité.

Puis, me portant sur le néoplasme intestinal, je sectionne le côlon en tissu sain, entre deux clamps, et décollant progressivement le mésocôlon et le mésorectum, j'arrive à dépasser en bas la tumeur, je sectionne le rectum en tissu sain.

A ce moment, il reste du rectum une longueur saine correspondant à la longueur de l'index. En effet, faisant mettre le

doigt d'un aide dans l'anus, je m'aperçois qu'il effleure la section supérieure du rectum. Cette entérectomie faite, je libère autant que je puis le côlon descendant et j'arrive à mettre bout à bout le côlon et le rectum anal. Au fond du pelvis, grâce au jour énorme que m'a donné l'ablation préalable de l'utérus, j'arrive à pratiquer une entérorraphie circulaire à la soie et à points séparés. Une fois la continuité du tube digestif rétablie, je suture avec soin mon grand lambeau péritonéal antérieur aux parois postérieures du pelvis et à l'S iliaque au-dessus de sa ligne de suture. Mon entérorraphie se trouve ainsi enfouie sous un revêtement péritonéal continu qui le sépare du grand péritoine ; le pelvis est tout naturellement drainé par le vagin largement béant et dans lequel est laissée une simple mèche de gaze. Fermeture totale du ventre et établissement d'un anus cæcal de sûreté.

Les suites opératoires furent remarquablement simples ; jamais je n'eus de crainte de réaction péritonéale. Et cela, malgré l'apparition momentanée d'une fistule stercorale vaginale, laquelle, grâce à la sécurité du procédé opératoire que je préconise, n'a jamais produit aucune réaction péritonéale. Le grand lambeau péritonéal l'a toujours isolée du grand ventre.

Peu à peu, les fonctions intestinales se sont rétablies normalement par l'anus, et l'anus artificiel cæcal, que j'avais établi comme dérivation momentanée s'est spontanément rétracté. Actuellement, il laisse de temps à autre passer quelques liquides intestinaux.

Actuellement, au toucher rectal, on sent à bout de doigt un anneau souple, recouvert d'une muqueuse normale, représentant le siège de la suture intestinale bout à bout.

Voici la pièce anatomique que j'ai enlevée ; elle mesure exactement, après rétraction, 21 centimètres, elle est constituée en haut par le côlon dont vous reconnaissez les franges épiploïques typiques, en bas, par le rectum sain. A leur union existe un cancer annulaire sclérosant de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Chez cette malade, j'ai donc pu exécuter parfaitement le plan opératoire que je vous ai exposé l'année dernière et que j'avais déjà plusieurs fois mis en pratique.

Grâce à l'hystérectomie abdominale totale exécutée sur un utérus sain, on peut donc étendre au haut rectum la thérapeutique qui est de choix pour les cancers annulaires de l'S iliaque, c'est-à-dire la simple résection de la tumeur suivie du rétablissement de continuité du tube digestif. C'est exceptionnellement que l'on pourra exécuter cette opération en un temps. Je crois qu'il est bien préférable souvent de l'exécuter en deux temps. On pratiquera d'abord l'hystérectomie abdominale totale et l'établissement d'un anus contre nature cæcal de dérivation, puis dans un deuxième temps, l'intervention.

Il est bien entendu que cette méthode conservatrice ne s'appliquera qu'aux cancers limités, scléreux, du type annulaire, si fréquents de l'S iliaque. Quand on aura affaire à de gros cancers colloïdes, végétants ou ulcéreux, il sera préférable de pratiquer une amputation abdomino-périnéale du rectum, avec établissement d'un anus colique définitif. Même dans ce cas, il est indispensable de pratiquer une hystérectomie abdominale totale préliminaire, pour se donner du jour, et drainer largement par en bas, après section de la cloison postérieure du vagin. Vous vous rappelez quelles énormes tumeurs j'avais pu, l'année dernière, enlever avec succès, en adoptant ce plan opératoire.

J'insiste sur l'avantage que vous donne, en dehors du jour et de la facilité des manœuvres, l'ablation de l'utérus, en vous fournissant un lambeau péritonéal antérieur, lequel constitue un véritable couvercle du pelvis, extériorisant en quelque sorte le champ opératoire. Et ce champ opératoire reste largement drainé par le vagin, on peut ainsi fermer sans crainte le ventre. La preuve en a été manifeste chez ma malade ; une fistule stercorale vaginale passagère a pu laisser s'écouler en dehors les détritus intestinaux sans aucun inconvénient pour la grande cavité abdominale. Je crois donc avoir le droit de dire, comme je l'ai fait au dernier Congrès de

Chirurgie, que l'hystérectomie abdominale préalable facilite grandement le traitement préparatoire du cancer du haut rectum ou du bas côlon pelvien.

Tixier. — *Société chirurgicale de Lyon*, 24 janvier 1907. — *Amputation recto-colique pour cancer par la voie abdomino-périnéo-vaginale en deux temps. — Guérison.*

Il s'agisssait d'une jeune religieuse de 33 ans, venue à la Charité pour un cancer diagnostiqué du haut rectum. On le percevait à bout de doigt par le toucher rectal, il était très volumineux et donnait lieu à des phénomènes d'obstruction chronique.

M. Pollosson, que je suppléais alors, voulut bien me laisser le soin de l'enlever.

Dans un premier temps (13 juillet 1905), avec l'assistance du docteur Janin, je pratiquais une laparotomie médiane, délimitais la tumeur médiane et en détruisais les adhérences au pelvis. Pour me donner du jour et de propos délibéré, j'enlevais l'utérus et les annexes : section du côlon pelvien, établissement d'un anus contre nature sur le bout supérieur, décollement du mésocôlon aussi bas que possible, fermeture du bout colorectal, drainage par le vagin, fermeture du ventre.

Deuxième temps (1er avril 1905), dix-sept jours après le premier temps, incision péri-anale, permettant de fermer hermétiquement l'anus et de transformer le rectum en un vase clos ; section de la cloison recto-vaginale jusqu'au douglas, déjà ouvert par l'hystérectomie totale antérieure. Ablation par cette voie périnéo-vaginale du rectum et du côlon sous-jacent, sans avoir à me servir d'une incision abdominale.

Suites opératoires très simples, guérison rapide. J'ai revu au mois de juillet 1906 la malade. Il n'y avait aucune trace de récidive.

*Ablation du cancer du rectum par la voie abdominale après hystérectomie totale. — Guérison.* — E. Raymond, de Paris, *Presse Médicale*, 1907.

Au cours d'une hystérectomie totale pour salpingo-ovarite double, il constata la présence d'un volumineux cancer du rectum, déjà adhérent à la face postérieure de l'utérus. Pour enlever cette tumeur, il dut réséquer l'intestin sur une longueur de 25 centimètres ; *grâce à l'hystérectomie totale préalable*, il put, par voie abdominale, faire la section inférieure à 3 centimètres de l'anus. Le bout supérieur fut abouché à un anus iliaque qui fonctionne normalement depuis onze mois.

*Cancer recto-sigmoïde. — Ablation abdomino-périnéale du rectum après hystérectomie, en un seul temps.* — M. Lagoutte. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 1907.

Mme M..., 66 ans, entre à l'Hôtel-Dieu du Creusot le 15 septembre 1907. Depuis un an, elle va difficilement à la selle avec des alternatives de diarrhée et de constipation. Depuis une dizaine de jours, absence complète de selles ; à son entrée, le ventre est encore souple et pas météorisé.

Le toucher rectal permet difficilement de sentir la partie inférieure d'une tumeur du haut rectum, occupant toute la périphérie de l'intestin et l'obstruant complètement. Le palper abdominal ne donne aucun renseignement.

L'état général de la malade est assez bon et semble autoriser une intervention radicale. Je me décide donc à pratiquer l'extirpation du rectum et la partie inférieure du côlon pelvien, par voie combinée abdomino-périnéale et après hystérectomie préalable, selon la pratique préconisée par Tixier, mais en un seul temps.

L'opération est pratiquée le 20 septembre 1907 avec l'aide du docteur Briau et est ainsi conduite :

1° Laparotomie médiane.

2° Exploration du pelvis qui permet de sentir la partie supérieure de la tumeur qui ne remonte pas très haut sur le côlon pelvien. Il n'y a pas d'adhérences sur les viscères voisins et pas de masses ganglionnaires appréciables.

3° Section entre deux pinces du côlon pelvien. Les deux bouts sont coiffés soigneusement avec des compresses.

4° Incision dans la fosse iliaque gauche à travers laquelle on fait passer le bout colique, toujours coiffé de sa compresse. La fixation et l'établissement définitif sont remis à la fin de l'opération.

5° Hystérectomie totale après décollement d'une large collerette péritonéale antérieure.

6° Section sur la ligne médiane et aussi loin que possible du côté de la vulve de la paroi postérieure du vagin.

7° Section du mésocôlon et du péritoine sur les parties latérales du rectum, puis décollement, poussé aussi loin que possible du rectum, de haut en bas.

8° Une pince, introduite par le vagin, saisit l'extrémité supérieure du tronçon recto-colique à extirper et le ramène jusqu'à la vulve.

9° Suture de la collerette péritonéale antérieure à tout le pourtour du détroit supérieur, de façon à isoler complètement le pelvis.

10° Fermeture complète de l'abdomen.

11° Fermeture en bourse de l'anus.

12° Incision circulaire péri-anale et incision vaginale, rejoignant celle qui a été amorcée par l'abdomen. Ablation du rectum par cette voie périnéo-vaginale.

13° Tamponnement de l'énorme brèche résultant de l'évidement complet du pelvis.

14° Confection et ouverture de l'anus iliaque.

L'acte opératoire a duré deux heures, s'est effectué correctement, sauf une déchirure du rectum dans le temps périnéal, due à ce que la tumeur était déjà adhérente au sacrum.

Le segment intestinal enlevé avait 25 centimètres de long, la tumeur était un cancer sténosant situé à l'union du rectum et du côlon pelvien et d'une hauteur de 6 centimètres environ.

Les suites opératoires furent d'abord simples. Un suintement sanglant assez abondant nécessite le premier jour une injection de sérum. Pendant les trois premiers jours, l'anus artificiel ne fonctionne pas, aussi la malade fut-elle tourmentée par des coliques et des ballonnements, un lavement donné avec une sonde en gomme amena la débâcle et dès lors l'anus iliaque fonctionne à peu près régulièrement.

La température atteignit 38°4 le 22 septembre, puis se maintint jusqu'à la fin entre 37° et 38°.

L'énorme plaie périnéale, poussée pour la première fois le quatrième jour, se mit à se réparer.

Enfin les choses semblaient aller assez bien et la guérison pouvait être espérée quand, dans la nuit du 4 au 5 octobre, la malade fut frappée d'hémiplégie gauche.

A partir de ce moment l'état général déclina, une large escharre sacrée apparut et la malade succombait alors que la plaie périnéale était déjà très avancée dans sa cicatrisation.

Nous avons insisté sur la lenteur de l'évolution du cancer recto-sigmoïde, sur les phases successives de diarrhée et de constipation, ne déterminant que lentement une obstruction incomplète. L'extirpation de la tumeur suivie d'entéro-anastomose serait l'opération de choix, mais la périphérie du néoplasme constitue une zone inflammatoire qui rendrait l'opération dangereuse, d'autant plus que la rétention des matières au-dessus du rétrécissement constitue un milieu infiniment septique.

D'autre part, très souvent, on s'adressera à une

malade amaigrie ; un diagnostic tardif a permis les progrès de la cachexie, le choc d'une intervention radicale tandis que toute résistance est amoindrie, serait d'un pronostic presque fatal.

L'établissement d'un anus contre nature permettra la dérivation régulière des matières fécales, la désintoxication partielle de l'organisme ; en même temps, la tumeur cessera d'être irritée, se désinfectera peu à peu, et la malade recouvrera la possibilité et la volonté de s'alimenter plus abondamment. A l'état cachectique succédera une période de reconstitution générale.

D'autre part, les adhérences unissant l'utérus et les annexes gauches à la tumeur permettront rarement l'hystérectomie, comme premier temps opératoire ; plus souvent, hystérectomie et extirpation de la tumeur ne constitueront qu'un seul temps.

## CHAPITRE V

### Technique opératoire

---

**1er temps. — Etablissement de l'anus contre nature.**

L'occlusion chronique, due au cancer sigmoïde, ne présentant pas de danger immédiat, on pratique l'anus contre nature en deux temps :

1° Dans un premier temps, on incise la paroi abdominale de la fosse iliaque gauche sur une longueur de 8 centimètres, à deux doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

La peau incisée, on ouvre à la sonde cannelée un des interstices du grand oblique, et l'on place un écarteur à cheval sur chacune des lèvres, on ouvre de même un interstice du petit oblique et l'on place deux autres écarteurs transversaux; il ne reste plus qu'à dissocier le transverse et à ouvrir le péritoine (Hartmann).

On refoulera les anses grêles et on amènera au dehors la partie inférieure du côlon descendant, reconnue à ses bosselures, à ses bandes longitudinales, aux appendices épiploïques graisseux appendus à sa paroi. Une anse complète est attirée hors de la plaie ; à travers son mésentère, entre deux vaisseaux, on fait passer une baguette de verre et une compresse, perpendiculairement au grand axe de l'ouverture. On recouvre d'un pansement aseptique et on laisse en place quarante-huit heures.

2° Dans un 2e temps. — Incision au thermo-cautère de la paroi intestinale ; la fixation de l'anse par adhérences est solide après quelques jours.

Le deuxième temps comprendra :

**a) L'hystérectomie abdominale totale ;**

**b) L'entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire.**

Nous décrirons l'hystérectomie abdominale totale par incision continue transverse, suivant le procédé de Howard, A. Kelly.

Le chirurgien est placé à gauche de la malade et commence son opération par le côté droit de l'utérus, parce que c'est plus simple, et plus facile, et, d'autre part, parce que souvent des adhérences unissant la

tumeur à la trompe gauche ne permettent pas le décollement de ce côté.

Le ventre étant ouvert et l'utérus attiré avec une pince, on sectionne le pédicule utéro-ovarien droit et le ligament rond, qu'on saisit ensemble avec une forte pince, placée entre les annexes et la paroi pelvienne. On descend alors à travers le ligament large sur le côté du col. On voit alors facilement en attirant l'utérus, les vaisseaux utérins droits qu'on coupe après les avoir pincés. On se trouve alors au contact de l'isthme utérin. Avec de forts ciseaux courbés, on tranche cet isthme utérin, au centre duquel la cavité cervicale constitue un point de repère précieux.

On aperçoit alors, en tirant un peu sur la pince, perdus dans le tissu cellulaire para-cervical, les vaisseaux utérins gauches, artères et veines, qui sortant du plancher du ligament large se dirigent vers le bord de l'utérus. On les saisit avec une pince. Si on ne les voit pas, le plus simple est de tirer sur l'utérus en continuant à le basculer vers la gauche. L'artère est coupée entre deux pinces. S'il n'y a pas d'adhérences du ligament large gauche avec la tumeur sigmoïdienne, on continue à tirer sur l'utérus en le basculant de plus en plus vers la gauche. Le ligament large, dans ce cas, se déroule avec une grande facilité, et le bloc utéro-annexiel ne tient bientôt plus à la paroi pelvienne que par le ligament rond et le pédi-

cule ovarien qu'on saisit avec une pince et qu'on sectionne d'un coup de ciseaux. Plus souvent, les annexes gauches ont contracté des adhérences avec la tumeur, il est impossible de décoller ; dès lors, après la section de l'isthme utérin, le ligament large sera sectioné le long du bord gauche de l'utérus, et les annexes gauches enlevées en bloc avec la tumeur. Le chirurgien pratique de suite la résection intestinale.

### Colectomie pelvienne et colorraphie

L'hystérectomie a donné du jour et permet la délimitation inférieure de la tumeur ; la présence du mésocôlon sigmoïde permet d'extérioriser la tumeur.

L'extirpation du segment cancéreux se fait par le seul emploi des clamps ou par l'emploi combiné des clamps et des ligatures.

Deux clamps sont passés en tissu sain sur le rectum ; la section de l'intestin est faite entre ces deux clamps.

On libère la face postérieure de la tumeur de bas en haut jusqu'au niveau d'une portion saine du côlon sigmoïde.

Deux clamps sont passés en tissu sain sur le côlon sigmoïde, section à égale distance des clamps.

Résection d'un coin mésentérique et ablation des ganglions.

Grâce à la mobilité du côlon sigmoïde, on arrive à abaisser le bout supérieur sans traction violente jusqu'au niveau du bout rectal et on parvient à pratiquer l'anastomose termino-terminale bout à bout recto-sigmoïdienne.

La suture se fera en deux plans à la soie.

Le lambeau péritonéal antérieur, ménagé au début de l'hystérectomie, permet de recouvrir et d'isoler le moignon utérin ; ramené en arrière et fixé au péritoine pariétal pelvien, il permet d'isoler de la grande cavité péritonéale la ligne de suture intestinale.

Fermeture du ventre avec ou sans drainage.

L'anus iliaque gauche assure l'écoulement des matières, la suture intestinale non irritée se cicatrise rapidement.

Le troisième temps consistera dans la fermeture de l'S iliaque.

OBSERVATION. — MM. Sencert et Stroup.

La malade (traitée antérieurement pour entérite muco-membraneuse) est vue une première fois en novembre 1909 pour des coliques avec constipation. Le ventre est dur, tendu, douloureux au toucher surtout vers l'S iliaque.

La malade nous apprend que depuis longtemps elle est constipée, mais que depuis un an seulement elle a des coli-

ques avec selles glaireuses. On pense à une crise de côlite muco-membraneuse. A l'auscultation, on trouve à ce même examen un foyer de ramollissement de la hauteur d'une main, en avant et en arrière du sommet gauche. 37°8 de température.

La malade, qui est de complexion forte, semble en état d'amaigrissement notable.

On prescrit :

Applications chaudes sur le ventre.

Huile de ricin.

La malade n'est pas revue avant le 21 juin suivant.

Elle vient consulter parce que depuis quinze jours, elle a des douleurs par tout le ventre avec maximum vers la fosse iliaque gauche.

Depuis ces quinze jours, elle n'a presque plus de selles ; le peu qu'elle avait est dur et aplati et en quantité très insuffisante, malgré les purgations prises. Pas d'appétit.

La malade a fortement maigri. Le ventre est dur, très tendu avec anses intestinales dessinées. Le ballonnement est tel qu'il ne permet pas la palpation. On arrive cependant par une pression profonde à provoquer de la douleur dans la fosse iliaque gauche.

Par le toucher vaginal, on trouve le cul-de-sac gauche occupé par une masse à contours vagues se perdant vers la fosse iliaque gauche.

L'utérus est gros et immobilisé.

Le toucher rectal fait percevoir à la limite supérieure du rectum un rétrécissement annulaire.

Présence de ganglions inguinaux.

L'examen des poumons donne les mêmes signes qu'au précédent examen. La malade tousse et crache peu.

On diagnostique une obstruction chronique.

On prescrit une purgation et des lavements huileux pour vaincre la constipation, ce qui s'obtient assez facilement et on renouvelle l'examen de la malade.

Le résultat des investigations est le même par le toucher vaginal et rectal.

La palpation du ventre vers l'anse sigmoïde donne une sensation de dureté très vague que le toucher bimanuel ne complète pas.

Le diagnostic est : salpingite chronique, de nature vraisemblablement bacillaire, ayant contracté des adhérences avec le côlon descendant et le rectum qu'elle comprime, laquelle dépression détermine ces phénomènes d'obstruction chronique.

La malade est alors mise en observation :

Ses crises d'obstruction se répètent régulièrement et sont jugulées par des lavements huileux et l'huile de ricin à l'intérieur.

Il survient de l'inappétence. Les douleurs abdominales sont constantes. Les selles sont glaireuses, un peu sanguinolentes.

Le 9 juillet, on pratique un anus artificiel, puis la malade se relève sous l'influence d'injections de cacodylate de soude.

La malade part à la campagne.

Malgré le séjour à la campagne, l'appétit ne se relève pas.

Il existe toujours des douleurs dans le bassin, s'irradiant vers les lombes et les cuisses.

A plusieurs reprises, la malade a eu de véritables selles hémorragiques par le rectum composées d'un sang bien rouge et de glaires d'une fétidité caractéristique, phénomène qui nécessite des lavages à l'eau oxygénée.

L'état général va s'affaiblissant.

Le diagnostic se complétant par : salpingite chronique tuberculeuse avec sigmoïdite tuberculeuse secondaire.

On propose à la malade une intervention radicale qui est pratiquée le 9 novembre.

L'opération est faite le 9 novembre 1910.

Opérateur : M. Sencert. Aide : M. Stroup.

Anesthésie au chloroforme.

La malade est placée en position inversée de Trendelenbourg.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le bassin vidé des

anses intestinales, on peut constater une tumeur de la grosseur du poing, remplissant la totalité du petit bassin.

On cherche en vain à soulever la matrice qui a fusionné avec la tumeur du côlon. La trompe gauche est adhérente, complètement fusionnée avec la tumeur, la trompe droite est libre.

Impossibilité absolue de séparer l'utérus de la tumeur.

D'autre part, il est impossible d'aborder la tumeur par derrière, de solides adhérences la reliant à la paroi postérieure.

La délimitation inférieure de la tumeur est difficile.

M. Sencert pratique alors l'hystérectomie abdominale totale, en débutant à droite par la section du ligament large. Ligature et section des vaisseaux utérins droits, section de l'isthme utérin.

L'utérus saisi avec une pince est tiré en haut et à gauche, ce qui permet la section entre deux ligatures des vaisseaux utérins gauches.

Les adhérences de la trompe gauche avec la tumeur ne permettent pas la section des annexes gauches, le ligament large gauche est sectionné le long du bord gauche de l'utérus.

Le col étant sectionné, il est possible de décoller les adhérences postérieures de l'utérus avec la tumeur et de l'enlever avec la trompe droite.

L'ablation de l'utérus permet de voir et de palper le rectum sain à la partie inférieure de la tumeur.

Il est alors possible de passer deux clamps en tissu sain sur le rectum et de sectionner l'intestin à égale distance de chaque clamp.

M. Sencert procède à la libération de la face postérieure de la tumeur, de bas en haut, jusqu'au niveau d'une portion saine du côlon sigmoïde.

Le segment libéré est enveloppé d'une compresse ; sur la partie saine du côlon, on pose deux clamps, la section intestinale se fait entre les deux.

La tumeur n'adhère plus au bassin que par le ligament large ; celui-ci est sectionné et enlevé avec la tumeur.

Le segment cancéreux libéré mesure 15 centimètres.

Grâce à la mobilité du côlon sigmoïde, on arrive à abaisser sans traction violente, le bout supérieur colique jusqu'au bout inférieur, et à pratiquer une anastomose termino-terminale recto-sigmoïdienne.

M. Sencert procède à une suture parfaite en deux plans, à la soie.

Le lambeau péritonéal antérieur permet de recouvrir le moignon utérin ; il est fixé au péritoine pariétal au-dessus de la ligne de suture intestinale, qui se trouve alors isolée de la gande cavité péritonéale.

L'opération se termine par la fermeture du ventre, sans drainage.

Les suites opératoires paraissent favorables au début : pas de vomissements, pas de température. Le troisième jour, selle normale par l'anus iliaque.

Pas de réaction péritonéale, pas de vomissement ni de ballonnement du ventre. 300 grammes d'urine chaque jour.

Au soir du troisième jour apparaît une agitation extrême que la morphine est impuissante à calmer.

Pas de température. Pouls à 100. Bruits du cœur affaiblis.

Injection de sérum artificiel. Huile camphrée.

Le cinquième jour, la malade prend en plusieurs fois deux tasses de lait. Les urines atteignent 700 grammes.

Chaque fonction paraît ainsi redevenir normale, mais l'agitation ne fait que s'accroître.

Dans la nuit du cinquième au sixième jour, l'accélération du cœur devient plus inquiétante. 120-140 pulsations.

Les injections de sérum et d'huile camphrée sont sans effet. La malade succombe dans une syncope.

## Avantages de la méthode en trois temps

Le traitement du cancer du côlon sigmoïde par la méthode en trois temps présente de nombreux avantages, offre une sécurité plus grande.

L'observation précédente nous montre la malade succombant au sixième jour, mais par myocardite. Pas d'infection, pas de réaction péritonéale.

Elle permet au chirurgien d'opérer sous le contrôle de la vue, dans un milieu de virulence très atténuée.

Nous nous permettrons de signaler ici l'observation de M. le professeur Tixier, communiquée à la Société de Chirurgie de Lyon, le 24 février 1907.

*Cancer sténosant du bas côlon pelvien. — Résection. — Suture bout à bout. — Anus cæcal. — Mort.*

M^me^ L..., de Jallien (Isère), présentait depuis quelques semaines des phénomènes d'obstruction chronique. La marche de la maladie, l'aspect de la malade, son âge étaient en faveur d'un cancer. La dilatation extrême du côlon et du cæcum faisaient préciser le siège au niveau du côlon pelvien ; cependant le doigt introduit dans le rectum ne sentait rien.

La malade acceptait une intervention, mais me faisait promettre de tout tenter pour lui éviter un anus contre nature définitf. J'ai eu tort de vouloir tenir un engagement. Malgré des purgations répétées, des lavements, etc., la malade était encore en obstruction lorsque j'intervenais. Par une large laparotomie médiane, je reconnus bientôt un cancer sténosant, siégeant au niveau du haut rectum ; il était bien limité, je me décidais à le réséquer. Ceci fut rapidement exécuté, puis la malade étant dans l'inversion forcée, avec la grande valve de Doyen sus-pubienne, pour me dégager le champ opératoire, je pratiquais à points séparés une entérorraphie circulaire à deux plans de sutures. J'y arrivais très complète-

ment, malgré l'utérus qui, constamment, me gênait en avant, et la difficulté en arrière de recouvrir de séreuse la paroi postérieure du rectum.

Enfin, pour soulager pendant quelques jours mes sutures, j'établissais un anus cæcal transitoire et fermais complètement le ventre.

L'opération fut bien supportée et la malade n'eut pas trop de shock. Malheureusement, son intestin parésié ne voulut pas fonctionner et des phénomènes persistants d'occlusion intestinale déterminèrent la mort au quatrième jour. Je n'ose pas nier un certain degré d'infection pelvienne, car la malade eut le lendemain de l'opération 38°2 et un pouls rapide, mais surtout l'opération était trop grave et trop longue pour une femme de 65 ans, opérée en obstruction.

De ce cas, où M. le professeur Tixier fut amené par la seule volonté de la malade à faire l'opération en un temps, découlent les désavantages et les dangers de cette méthode.

En première ligne, malgré les purgatifs répétés, la malade risque d'être encore en obstruction lors de l'intervention : le chirurgien opère en milieu hyperseptique chez une malade affaiblie, sans résistance, rendant ainsi plus grand le danger d'infection péritonéale.

La délimitation inférieure de la tumeur et la suture bout à bout sont rendues extrêmement difficiles par la présence de l'utérus et des annexes. Le péritoine manque pour rétablir la continuité de la grande

séreuse et isoler la ligne de suture de la cavité péritonéale.

Enfin, lors même que la continuité intestinale est assurée, il y a danger d'infection à ce que de suite les matières viennent au contact de la ligne de suture intestinale.

Ces dangers seront évités en suivant la technique de M. le professeur Sencert :

1° Anus iliaque gauche primitif, premier temps de l'opération, on permettra l'écoulement régulier des matières, on assurera à la malade une amélioration de son état général, une résistance plus grande. La tumeur même aura une tendance à réduire son volume, l'inflammation de voisinage diminuera ; les matières ne venant plus irriter le segment cancéreux, celui-ci, au moment de l'extirpation, présentera un milieu de virulence très atténuée.

2° Le second temps débutera par l'hystérectomie abdominale totale qui permettra l'exacte délimitation de la tumeur, donnera du jour dans la cavité pelvienne, permettra une entérorraphie circulaire très sûre ; enfin le grand lambeau péritonéal antérieur, décollé au début de l'hystérectomie, servira à recouvrir le moignon utérin, à isoler la ligne de suture de la grande cavité péritonéale.

3° Après la colectomie, les matières trouveront pas-

sage par l'anus iliaque gauche, au niveau de l'anastomose recto-sigmoïde, rien ne passera ; pas d'irritation, pas d'infection, d'où rapide cicatrisation.

Le troisième temps, fermeture de l'anus iliaque, ne sera effectué que lorsque la cicatrice sera souple et permettra le passage régulier des matières.

## CONCLUSION

Le cancer du côlon sigmoïde chez la femme nécessite l'opération en trois temps :

I. — Etablissement d'un anus iliaque de dérivation.

II. — *a*) Hystérectomie abdominale totale ; *b*) Entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire.

III. — Fermeture de l'anus iliaque.

Vu :
Nancy, le 27 janvier 1912.
Le Président de la thèse :
WEISS.

Vu :
Nancy, le 27 janvier 1912.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 29 janvier 1912.
Le Recteur de l'Académie,
CH. ADAM,
Correspondant de l'Institut

# BIBLIOGRAPHIE


Raimbert. — Observations de cancer de l'S iliaque. Bulletin Société anatomique de Paris, 1864.

Reybard. — Mémoire sur une tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du côlon ; ablation de la tumeur et de l'intestin ; réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe; guérison. Bulletin Académie Médecine, 1843.

Giamboni. — Cancer de l'S iliaque. Paris, 1880.

Robert (J.-M.). — Contribution à l'étude du cancer de l'S iliaque. Paris, 1880.

Duval (Pierre). — Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien. Indications. Technique opératoire. Paris, 1902.

Cavaillon. — Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin. Lyon, 1906.

Bovis (De). — Revue de Chirurgie, 1906.

Goullioud. — Cancer du cæcum et de l'S iliaque ; six cas d'entérectomie. Presse médicale, 1905, 2. 695.

— Hystérectomie totale, temps préalable de l'ablation du cancer rectal par la voie abdominale. Presse Médicale, 1907.

Mathews (J.-M.). — A treatise on diseases of the rectum and sigmoïd flexure.

Birkett. — Cancer of the sigmoïd flexure of côlon, causing obstruction of the bowels.

Cleveland. — Cancer of the sigmoïd flexure of the côlon. Lancet, 1881.

Hodsdon. — Note of a case of successifull excision of the sigmoïd flexure of the côlon for carcinoma.

Butruille et Dubreuil. — Epithélioma de la partie inférieure de l'S iliaque ayant donné lieu à quelques signes cliniques d'une tumeur péri-utérine. Bulletin Société anatomique de Paris, 1883.

Assire. — Traitement du cancer de l'S iliaque par la résection suivie de suture circulaire. Paris, 1908.

Dejeux. — De l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer recto-sigmoïde chez la femme. Lyon, 1908.

Tixier. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon, 1907. Lyon Chirurgical.

Luys (G.). — Reclos copie. Revue de Gynécologie, 1910.

# TABLE DES MATIÈRES


| | PAGES |
|---|---|
| Avant-propos | 5 |
| Chapitre premier. — Notions anatomiques | 8 |
| Chapitre II. — Symptômes du cancer du côlon sigmoïde | 13 |
| Chapitre III. — Diagnostic du cancer du côlon sigmoïde | 16 |
| Chapitre IV. — Traitement du cancer du côlon sigmoïde. — Observation | 22 |
| Chapitre V. — Technique de l'opération en trois temps. — Observation | 34 |
| Conclusions | 47 |
| Index bibliographique | 48 |


Nancy. — Imp. CRÉPIN-LEBLOND, 21, rue Saint-Dizier (passage du Casino)

IMPROBVS
LABOR
OMNIA
VINCIT